

限度額適用

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認

記入例

被保険者証記号番号	軽 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		区分		未納	有・無
世帯主	住所	軽井沢町 大字長倉 2381-1				
	氏名	軽井沢 太郎	生年月日 昭・平 30年 4月 1日			
	個人番号	012345678911 (マイナンバーカードまたは通知カードの12桁の数字)				
限度額適用 減額対象者	氏名	軽井沢 花子	生年月日 昭・平 30年 5月 1日			
	個人番号	012345678912 (マイナンバーカードまたは通知カードの12桁の数字)				
	世帯主との続柄	妻	電話番号 0267-45-8540			
長期入院	該当 ・ 非該当		第三者行為の有無		有 ・ 無	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで				
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地				
②	申請日から過去1年間の間に合計90日を超える入院をされた場合にご記入ください					日間
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日 まで 日間				
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 軽井沢町 大字長倉2381-1

申請者氏名 軽井沢 花子 世帯主との続柄 妻

電話番号 0267-45-8540

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、  
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。  
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、  
マイナ保険証をぜひご利用ください。

確認者

担当者